

В. П. Черных, В. В. Шаповалов (мл.)

**Роль судебной фармации
в концепции национальной безопасности Украины***Национальный фармацевтический университет (г. Харьков);
СУГУМВД Украины в Харьковской области*

Показана необходимость проведения судебно-фармацевтических исследований оборота особо опасных наркотических средств и психотропных веществ в контексте приоритетов национальной безопасности Украины. Приведена дефиниция термина «национальная безопасность», определены элементы, типы, принципы, объекты и субъекты национальной безопасности Украины. Обосновано место судебной фармации как составляющей национальной безопасности Украины при исследовании средств и веществ различных классификационно-правовых групп.

V. P. Chernykh, V. V. Shapovalov (jr.)

**The role of forensic pharmacy in concept of national
safety of Ukraine***National Institute of Pharmacy (Kharkiv);
Investigating Department of Central Board of Ministry
of Home Affairs of Ukraine in Kharkiv region*

There is a need for forensic and pharmaceutical studies on circulation of extremely dangerous narcotic products and psychotropic substances in the context of priorities of national safety of Ukraine. The definition of term «national safety» has been given. Also elements, types, principles, objects and subjects of national safety of Ukraine were defined. There has been justified the place of forensic pharmacy as constituent of national safety of Ukraine when studying products and substances of different classes and groups.



УДК-616.89-008.441.44-037:164.1 (477)

Л. Н. Юр'ева, д-р мед. наук, проф.Днепропетровская государственная медицинская академия
(г. Днепропетровск)**СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УКРАИНЕ:
РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Частота самоубийств является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. Согласно шкале оценки уровня частоты самоубийств ВОЗ, Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов. Их распространенность повысилась с 20,63 самоубийств на 100 тыс. населения в 1988 году до 29,9 в 1991 году. За этот период уровень завершенных суицидов возрос в 1,6 раза. С 1997 по 2000 годы рост самоубийств прекратился и с 2001 года по настоящее время отмечается тенденция к ежегодному снижению их уровня [2, 4, 5].

По данным ВОЗ в 2005 году общий уровень смертности от суицидов в Украине превысил таковой в странах Европейского региона в 1,36 раза и в 1,85 раза в странах — членах Европейского Союза [2, 3]. Частота самоубийств в Украине ниже, чем средняя по странам СНГ, но превышает в 1,5 раза показатели смертности от суицидов в центральноазиатских республиках СНГ и Казахстане (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительные гендерные показатели частоты
завершенных суицидов в Украине и регионах мира в 2005 г.
(стандартизованные данные на 100 тыс. населения)**

Регионы	Мужчины	Женщины	Всего
Украина	39,17	5,84	20,8
В мире	24	6,8	15,1
Страны СНГ	42,37	6,64	22,72
Страны Европейского Союза	18,23	4,94	11,23
Страны Европейского региона	26,52	5,54	15,19

Согласно анализу статистических данных МЗ Украины, за 10-летний период (1994—2003 гг.) были выявлены различия в частоте суицидов по осям Восток — Запад, промышленные и сельские регионы, а также в регионах, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС [4—6]. Наивысший уровень смертности в результате суицидов фиксировался в промышленных регионах Восточной Украины и в районах, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС. Анализ суицидологической ситуации среди городского и сельского населения выявил, что сельские жители в 1,5 раза чаще совершают самоубийства, чем городские. Среди факторов, потенцирующих суицидальный риск, первостепенное значение имеет злоупотребление алкоголем и его суррогатами. Различия в частоте завершенных суицидов в областях Украины в 2003 году составляет 4,6 раза. Самый низкий уровень завершенных суицидов (до 10 случаев на 100 тыс. населения) отмечен на территории Западной Украины, во Львовской области этот показатель минимален. К регионам со средним уровнем частоты самоубийств (от 10 до 20 случаев на 100 тыс. населения) относятся Черновицкая, Тернопольская, Ивано-Франковская, Ровенская и Закарпатская области. Остальные регионы относятся к областям с высоким уровнем частоты самоубийств (более 20 случаев на 100 тыс. населения). В Черниговской и Сумской областях этот показатель самый высокий.

При исследовании глобального бремени заболеваний в Украине методикой DALI, было выявлено увеличение доли насильственных причин смерти в общей структуре бремени болезней населения и широкое распространение суицидов среди лиц молодого

и среднего возраста, в результате этого самоубийства переместились на второе место в структуре потенциальных потерь, особенно у мужчин [1].

В Украине соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин в 2005 году составило 6,7 : 1, при общемировом показателе 3,5 : 1. Мужчины Украины добровольно уходят из жизни в 2,1 раза чаще, чем в странах Европейского Союза, в 1,6 раза чаще, чем в мире и в 1,5 раза чаще, чем в странах Европейского региона (см. табл. 1). Частота завершенных суицидов у мужчин Украины несколько ниже, чем в странах СНГ [3, 6].

Частота суицидов у женщин Украины меньше, чем в странах СНГ и в мире. Достигнув своего максимума в 1998 году (9,35 на 100 тыс. нас.), с 1999 года частота завершенных суицидов у женщин ежегодно снижалась и в 2005 году она достигла цифры 5,84 на 100 тыс. населения. Это самый низкий показатель за период с 1985 по 2005 год.

Показатель завершенных суицидов у женщин в Украине несколько ниже мирового и амплитуда его колебания в течение 20 лет (с 1985 по 2005 гг.) не столь выражена как у мужчин. Минимальное количество завершенных суицидов среди женщин было зафиксировано в 2005 году (5,84 на 100 тыс. населения), а максимальное — в 1998 году (9,35 на 100 тыс. населения). Рост суицидальной активности в 1998 году был обусловлен, прежде всего, ростом суицидальной активности среди женщин 24—59 лет и пожилых.

Среди мужчин минимум суицидов был зафиксирован в 1986 году (31,87 на 100 тыс. населения), а максимум — в 1996 году (55,21 на 100 тыс. населения) [3, 6]. Рост суицидов произошел, прежде всего, за счет мужчин 30—60 лет (рис. 1).

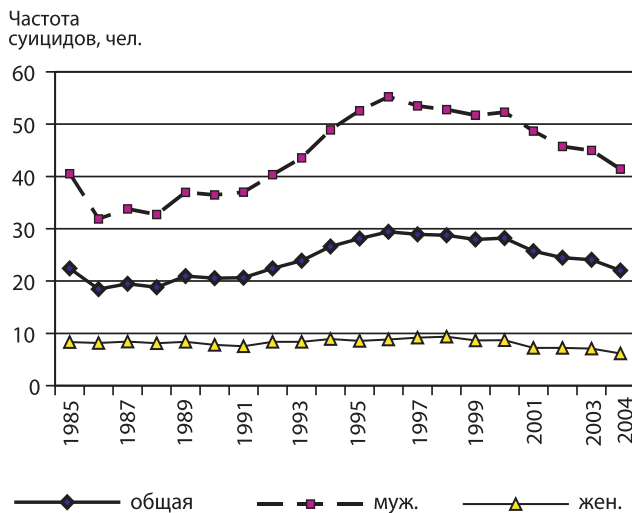


Рис. 1. Общая и гендерная динамика самоубийств и самоповреждений в Украине за 1985—2004 годы (стандартизованные данные на 100 тыс. населения)

При анализе статистических данных ВОЗ [3] было выявлено, что суицидальная активность минимальна в возрастной группе до 14 лет (0,76 на 100 тыс. населения этого возраста). Затем частота завершенных суицидов скачкообразно возрастает в 22,77 раза и достигает 17,31 на 100 тыс. населения этого возраста. Следует отметить, что начиная с возрастного периода 30—44 года, когда частота завершенных суицидов возрастает до

29,82 на 100 тыс. населения этого возраста, и заканчивая самой старшей возрастной категорией 75 лет и более (31,86 на 100 тыс. населения этого возраста) показатели частоты завершенных суицидов превышают общеукраинский показатель. Максимум суицидальной активности, превышающий общеукраинский в 1,5 раза, зафиксирован в возрастной категории 45—59 лет (35,27 группы на 100 тыс. населения этого возраста).

В 2005 году соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин составило уже 6,7 : 1. Причем максимально высокий удельный вес мужчин-суицидентов по сравнению с женщинами отмечен в возрастных группах 15—29 лет (8,4 : 1), 30—44 года (7,9 : 1) и 45—59 лет (7,6 : 1). Наибольшее количество суицидов приходится на работоспособный возраст (71,5 %). Средняя продолжительность жизни суицидентов — 48,3 года [6].

Соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин минимально в возрастной группе старше 75 лет (3,7 : 1). В возрастной группе 60—74 года это соотношение составляет 5,3 : 1, а в детском и подростковом возрасте (0—14 лет) — 4,6 : 1 (рис. 2).

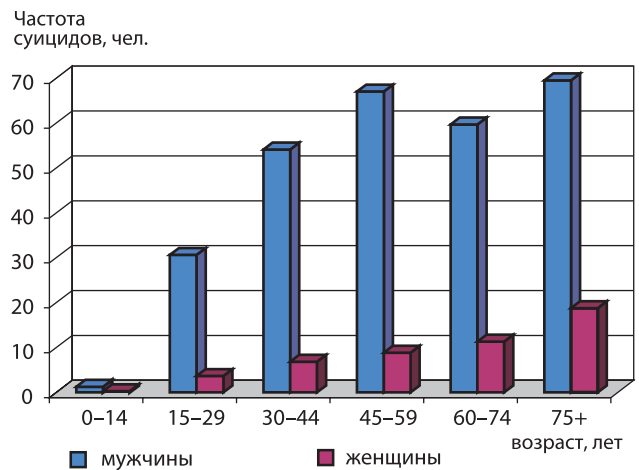


Рис. 2. Распределение частоты суицидов в Украине в зависимости от возраста и пола в 2004 г. (стандартизованные данные на 100 тыс. населения)

Обращает на себя внимание высокий уровень завершенных суицидов среди пожилых людей. Причем, показатели частоты завершенных суицидов в этой возрастной группе значительно превосходят общеукраинский как у мужчин, так и у женщин. При анализе статистических данных ВОЗ было выявлено, что лица старше 65 лет добровольно уходят из жизни в 1,3 раза чаще, чем в общей популяции. Кроме того, в этой возрастной группе частота завершенных суицидов превосходит таковую в общей популяции женского населения в 2,26 раза, тогда как у мужчин — в 1,5 раза [6].

По данным проведенных в Украине эпидемиологических исследований в рамках программы ВОЗ было выявлено, что 12,7 % украинцев отметили у себя те или иные проявления суицидального поведения в течение жизни и 3 % — в течение последних 12 месяцев. Причем, распространенность всех проявлений суицидального поведения у женщин почти в 2 раза выше, чем у мужчин. Было выявлено, также, что среди тех, кто имел суицидальные намерения только 25,1 % (18,8 % — мужчин и 28,0 % женщин) обращались за медицинской помощью.

Были выявлены корреляции между местом проживания и распространенностью суицидального поведения. Наименьшая распространенность суицидального поведения была зафиксирована в Западных регионах Украины, наивысшая — в юго-восточных областях Украины.

На основании проведенных эпидемиологических исследований были выделены следующие факторы риска суицидального поведения на протяжении жизни для жителей Украины: пол — женский; возраст — до 35 лет; место жительства — не в Западном регионе Украины; образование — ниже высшего; семейное положение — не состоящие в браке; состояние здоровья — плохое и его ухудшение в течение последнего года. Значительным фактором риска является наличие тревожных и аффективных расстройств, а также алкогольной зависимости [6].

Проведенный анализ динамики частоты самоубийств в Украине позволяет утверждать, что необходимо реформировать суицидологическую службу и что профилактика суицидов должна стать одним из приоритетных направлений политики в сфере охраны психического здоровья. Выявленные особенности региональных, гендерных и возрастных показателей самоубийств могут служить базой для создания национальной программы профилактики суицидов в Украине с учетом не только психологических и психопатологических детерминант суицидального поведения, но и с учетом социокультуральной, гендерной и возрастной специфики лиц из группы риска. Для создания и реализации такой программы необходима совместная работа специалистов в сфере охраны психического здоровья, психологов, медицинских работников, юристов, представителей духовенства и общественных организаций, суицидентов и их родственников, волонтеров.

В заключение хочу предложить ряд организационных мероприятий, направленных на профилактику суицидов.

1. Необходимо реформировать систему суицидологической помощи с учетом нового социально-экономического устройства страны и существующей в ней суицидальной ситуации.

2. Разработать Национальную программу превенции суицидов.

3. Включить в государственную номенклатуру видов специализированной медицинской помощи населению клиническую суицидологию.

4. Разработать медико-экономические и этические стандарты оказания суицидологической помощи населению.

5. Создать межрегиональные центры профилактики суицидов, в которых будет использован мультидисциплинарный подход и инновационные технологии превенции аутоагрессивного поведения.

6. Разработать образовательные программы по превенции суицидального поведения для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, а также для врачей-интернистов, семейных врачей, медицинских сестер первичной медицинской помощи.

7. Разработать пакет образовательных программ для различных социальных категорий, прямо или косвенно влияющих на процессы, способствующие уменьшению аутоагрессивного поведения в обществе (родители, учителя, психологи, социальные работники, руководители, духовенство, волонтеры и т. п.).

8. Разработать и внедрить программы работы со средствами массовой информации, направленные на превенцию суицидов.

9. Разработать и широко использовать технологии активизации общественного мнения в отношении проблемы аутоагрессивного поведения.

10. Разработать программы, направленные на соблюдение прав личности и этических норм при работе с суицидентами и членами их семей.

Список литературы

1. Використання методики DALY для оцінки глобального тягарю хвороб населення України / В. М. Лехан, А. В. Іпатів та ін. // Матер. наук.-практ. конф. «Демографічна та медична статистика України у XXI столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці». — К., 2004. — С. 39—41.
2. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. — М., 2001.
3. Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, версия за январь 2007 года).
4. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990—1999 роках: (Статистично-аналітичний довідник). — К.: 2000. — 205 с.
5. Статистичний щорічник України за 1999 рік. — К.: Техніка, 2000. — 357 с.
6. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.

Надійшла до редакції 01.02.2007 р.

Л. М. Юр'єва

Суїцидологічна ситуація в Україні: реалії та перспективи

Дніпропетровська державна медична академія
(Дніпропетровськ)

У цій статті проаналізована загальна, регіональна, гендерна та вікова динаміка рівня самогубств в Україні. Проаналізовані порівняльні показники частоти завершених суїцидів в Україні і регіонах світу. Подані дані епідеміологічних досліджень. Запропоновано низку заходів, що спрямовані на превенцію суїцидів. Зроблені висновки про необхідність реформування суїцидологічної служби і створення національної програми профілактики суїцидів в Україні.

L. H. Yur'eva

Suicidal situation in Ukraine: reality and prospect

Dnipropetrovs'k State Medical Academy
(Dnipropetrovs'k)

In this article general, regional, gender and age-specific dynamics of suicidal rate are analyzed. The comparative data of complete suicide frequency in Ukraine and world regions is analyzed. The epidemiological research data is presented. A number of arrangements for suicide prevention is proposed. The necessity of reforms in suicidal service and creation of National program for suicide prevention in Ukraine is the conclusion.